

Euro Accident Liv

Forsikringsbetingelser

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Gældende fra 1. juli 2019

2019.07

Indhold

1	Dækning ved visse kritiske sygdomme.....	3
1.1	Hvad gælder betingelserne for	3
1.2	Dækning	3
1.3	Dækningstidspunkt	3
1.4	Sygdomme før forsikringstiden	3
1.5	Dækningsbegrænsning	3
1.6	Flere diagnoser	4
1.7	Bortfald ved død	4
1.8	Dækningsberettigede sygdomme	4

1 Dækning ved visse kritiske sygdomme

1.1 Hvad gælder betingelserne for

Betingelserne i dette afsnit gælder, hvis forsikringen omfatter Dækning ved visse kritiske sygdomme.

Det fremgår af forsikringsbeviset, hvilke dækninger forsikringen omfatter.

1.2 Dækning

Dækningen udbetales til den forsikrede, når den forsikrede får diagnosticeret en af de lidelser og sygdomme, som er defineret i pkt. 1.8, og de øvrige dækningsbetingelser er opfyldt.

Der anvendes de forsikringsbetingelser og den forsikringssum, der gælder på det tidspunkt, hvor diagnosen stilles og de øvrige dækningsbetingelser er opfyldt.

1.3 Dækningstidspunkt

Udbetaling af dækning forudsætter, at sygdommen diagnosticeres og de øvrige betingelser for dækning er opfyldt i forsikringstiden. Det er således diagnosetidspunktet der er afgørende og ikke sygdommens begyndelse eller det tidspunkt, hvor den forsikrede får kendskab til sygdommen.

1.4 Sygdomme før forsikringstiden

Forsikringen dækker ikke, hvis den forsikrede før forsikringstidens begyndelse får stillet en diagnose, bliver behandlet eller er under udredning for en af de kritiske sygdomme og lidelser, der er defineret i pkt. 1.8, eller beslægtede sygdomme og lidelser, jf. pkt. 1.5.

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling, hvis en sygdom eller lidelse direkte eller indirekte kan knyttes til en sygdom eller lidelse, som den forsikrede er blevet diagnosticeret for før forsikringsperioden.

For kræftsygdommene nævnt under pkt. 1.8.1 gælder dog, at forsikrede - selv om vedkommende før forsikringstidens begyndelse har fået stillet en diagnose for en af disse kræftsygdomme - alligevel er berettiget til udbetaling, hvis:

- En ny kræftform, der ikke har sammenhæng med den første diagnose, diagnosticeres inden for forsikringstiden
- Den nye kræftdiagnose stilles tidligst syv år efter, at eventuel behandling for den første diagnose er afsluttet og
- Der ikke er diagnosticeret tilbagefald inden for denne syvårs periode.

1.5 Dækningsbegrænsning

Der udbetales kun erstatning for en specifik kritisk sygdom en gang. Herefter bortfalder dækningen for den pågældende sygdom.

Følgende kritiske sygdomme og lidelser anses som en og samme sygdom/lidelse og udelukker dermed under alle omstændigheder hinanden som dækningsberettigende:

- Sygdomme under punkt 1.8.1.1 og 1.8.1.2
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.2.1, 1.8.3.1, 1.8.3.2 og 1.8.4.1
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.2.1 og 1.8.2.2
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.3.1, 1.8.3.2 og 1.8.4.2
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.4.1 og 1.8.7
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.4.2 og 1.8.6
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.8.4 og 1.8.8.6
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.9.1 og 1.8.9.2
- Sygdomme nævnt under punkt 1.8.13.1, hvis de er forårsaget af neuroborreliose, og hvis den forsikrede allerede har fået erstatning for sygdomme nævnt under punkt 1.8.13.2

For kræftsygdommene nævnt under pkt. 1.8.1 gælder dog, at den forsikrede kan få udbetalt erstatning for flere diagnoser, hvis

- En ny kræftform, der ikke har sammenhæng med den første diagnose, diagnosticeres inden for forsikringstiden
- Den nye kræftdiagnose stilles tidligst syv år efter, at eventuel behandling for den første diagnose er afsluttet og
- Der ikke er diagnosticeret tilbagefald inden for denne syvårs periode.

1.6 Flere diagnoser

Der kan ske udbetaling for flere dækningsberettigende diagnoser, hvis diagnosen for den anden dækningsberettigende sygdom er stillet tidligst 6 måneder efter den diagnose, der tidligere har givet ret til udbetaling.

6-månedersfristen regnes fra gennemført operation, hvis udbetaling er sket ved den forsikredes accept på venteliste.

Får den forsikrede stillet diagnose for en anden dækningsberettiget sygdom mindre end 6 måneder efter den forrige dækningsberettigende diagnose, vil denne sygdom ikke give ret til udbetaling senere i forsikringstiden.

1.7 Bortfald ved død

Retten til erstatning bortfalder ved den forsikredes død, medmindre der forinden skriftligt er ansøgt om udbetaling over for Euro Accident.

1.8 Dækningsberettigede sygdomme

Forsikringen omfatter følgende kritiske sygdomme (der er tilføjet diagnosekoder, hvor dette er muligt):

1.8.1 Kræft og visse godartede svulster

1.8.1.1 Generelle kræftformer

Ondartede svulster, som diagnosticeres histologisk og er karakteriseret ved ukontrolleret, infiltrativ vækst af ondartede celler ud i tilstødende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og fjernere organer.

Forsikringen omfatter ikke:

- Svulster, der kan betegnes som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline, eller som har lavt malignt potentiale (DC0,1,2,3,4,5,6,7,8,9X.)
- Svulster, som opstår i forbindelse med en HIV-infektion, herunder Kaposi sarkom (DS46X)
- Hudkræft af enhver art, inkl. lymfomer i huden. Dog omfattes modermærkekræft (malignt melanom) (DC43X,DC44X) i stadie 1-4.
- Prostatakræft (DC61X) som har en Gleason-score på 6 eller mindre
- Blærepapillomer (D414)

1.8.1.2 Visse specifikke kræftformer

Ondartede kræftsygdomme, der opstår i blodet, lymferne eller i knoglemarvens bloddannende celler, og som udviser et atypisk blodbillede, hvor blodcellerne er i ukontrolleret vækst og har tendens til progression og recidiv.

Forsikringen dækker, når der foretages celledræbende behandling som kemoterapi, stråleterapi og biologiske midler og/eller transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet menneske af følgende sygdomme:

- Akut leukæmi (DC910, DC920), kronisk myeloid leukæmi (DC921) i accelereret fase eller blastkrise og kronisk lymfatisk leukæmi (DC911), som kræver behandling
- Høj risiko myelodysplastisk syndrom (DD46X) og høj risiko kronisk myelomonocystisk leukæmi (DC93X)
- Myelomatose/solitært myelom, som kræver behandling (DC90X).
- Burkitts lymfom (DC837), Hodgkins lymfom (DC81X) i stadie 2-4 samt non-Hodgkins lymfom(DC857) dog ikke mindre aggressive former som lokaliseret MALT lymfom (DC884a), Waldenströms makroglobulinæmi (DC880), mucosis fungoides (DC840) i plaquestadiet og hudlymfomer som lokaliseret CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden.(DC826, DC866)

Forsikringen omfatter ikke:

- Hodgkins lymfom (DC81X) i stadie 1
- Kronisk lymfatisk leukæmi (DC911) i stadie 1 eller 2

1.8.1.3 Visse godartede svulster med alvorlige følger

Svulster, der opstår i og udgår fra hjernen, hjernestammen, rygmarven eller centralnervesystemet generelt (DD33X), og som medfører svær neurologisk dysfunktion samt følgetilstande i nervesystemet, der medfører en méngrad på mindst 15% mén efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel.

Det er en betingelse for dækning, at en neurokirurgisk afdeling eller en neurokirurgisk speciallæge vurderer følgetilstanden som stabil, og der er tidligst ret til dækning 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Forsikringen omfatter ikke:

- Cyster eller granulomer (DD334)
- Hypofyseadenomer (DD352)
- Acusticus neurinomer (Schwannomer) (DD333B)
- Svulster i kranie-/hjernerener (DD333)

1.8.2 Blodprop i hjernen mv.

1.8.2.1 Blodprop i hjernen og hjerneblødning

Akut opstået skade på hjernen eller hjernestammen, der medfører neurologiske symptomer som lammelse og/eller syns-, tale- eller føleforstyrrelser af over 24 timers varighed, som kan påvises ved en CT- eller MR-scanning af hjernen. Den opståede skade kan skyldes:

- en forsnævring/tillukning af en arterie i hjernen grundet trombose eller emboli,
- en spontan/traumatisk opstået blodansamling i hjernen – eller
- en spontan/traumatisk opstået blodansamling mellem hjernehalvdele grundet en bristet arterie eller en misdannelse i hjernens kar (DI60X, DI61X, DI62X, DI63X, DI64X, DI65X, DI66X, DI67X)

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller bekræftes af en neurologisk speciallæge.

Selv om en CT- eller MR-scanning af hjernen ikke kan påvise en blodprop, vil forsikringen dække, såfremt den forsikrede har alle de klassiske kliniske symptomer på blodprop i hjernen samt efter 6 måneder har varige objektive neurologiske symptomer i form af lammelse og/eller syns-, tale- eller føleforstyrrelser, der kan skyldes en beskadigelse af hjernen. Træthed eller kognitive gener giver ikke ret til forsikringsdækning.

Forsikringen omfatter ikke:

- Transitorisk Iskæmisk Attak/Transitorisk Cerebral Iskæmi (DG45X)
- Hjerneinfarkter eller hjerneblødninger, som påvises tilfældigt ved hjernescanning fx som led i udredning af anden sygdom (DI63X)
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen, f.eks. i øjne og ører (DH341 (øje))

1.8.2.2 AV-malformation og aneurisme (DQ282, DQ283)

I forbindelse med arteriovenøse karmisdannelser, herunder kavernøst angiom, og aneurismer - påvist gennem CT- eller MR-scanning eller røntgen af hjernens pulsårer - vil forsikringen dække en planlagt eller faktisk gennemført operation, såfremt:

- diagnosen stilles på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling
- den forsikrede er accepteret på venteliste før en planlagt operation

Forsikringen dækker tillige tilfælde, hvor der er lægelig indikation for operation, men operationen ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

1.8.3 Blodprop i hjertet mv.

1.8.3.1 Akut blodprop i hjertet

Akut opstået myokardieinfarkt type 1 (DI21X), hvor dele af hjertets muskelvæv henfalder grundet pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på klar stigning og fald i de kardiale biomarkører (i særlig grad troponin); heraf skal mindst én værdi være signifikant forhøjet.

Der skal tillige foreligge evidens for akut myokardieinfarkt ud fra mindst 2 ud af følgende kriterier:

- Klassiske symptomer som pludseligt opståede, typiske vedvarende brystmerter
- Ændringer i EKG, som antyder nyopstået iskæmi alternativt udvikling af patologiske Q-takker
- Billeddiagnostisk evidens for regional dyskinesi/nyt tab af muskelvæv

Diagnosen skal være entydig og stillet af en kardiologisk speciallæge eller på et hospital.

Forsikringen omfatter ikke:

- myokardieinfarkt i forbindelse med PCI
- myokardieinfarkt i forbindelse med by-pass operation

1.8.3.2 Bypassoperation eller ballonudvidelse

Planlagt eller faktisk gennemført bypassoperation på én eller flere af hjertets kranspulsårer eller faktisk gennemført ballonudvidelse på en eller flere af hjertets kranspulsårer.

Diagnosen anses for stillet på dagen for operationen.

Ved bypassoperation er der dækning, når den forsikrede er accepteret på venteliste før en planlagt operation.

1.8.4 Hjerteklapkirurgi mv.

1.8.4.1 Hjerteklapoperation

Planlagt eller faktisk gennemført behandling for hjerteklapfejl i form af utæthed eller forsnævring, hvor der kirurgisk indsættes biologisk eller mekanisk hjerteklapprotese samt homograft eller foretages reparation af klappen med plastik.

Diagnosen anses for stillet på dagen for operationen.

Ved planlagt operation skal den forsikrede være accepteret på venteliste.

1.8.4.2 Implantation af ICD-enhed efter hjertestop

Planlagt eller faktisk gennemført indoperering af implanterbar cardioverter defibrillator som sekundær profylakse efter et tidligere hjertestop.

Diagnosen anses for stillet på dagen for operationen.

Ved planlagt operation skal den forsikrede være accepteret på venteliste.

1.8.4.3 Kronisk hjertesvigt (DI50X) med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne

Tilstand med kronisk nedsat udrykningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 % eller derunder, med funktionel begrænsning i hvile (f.eks. dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation NYHA klasse III eller IV) og hvor:

- Påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder, eller
- Der er gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed)

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk speciallæge.

1.8.5 Dobbelt-sidedigt kronisk nyresvigt (DN184)

Dobbelt-sidedigt, kronisk og uigenkaldeligt nyresvigt i en sværhedsgrad, så der enten foretages nyretransplantation eller varig dialysebehandling.

Diagnosen skal være stillet af en nefrologisk speciallæge

Ved operation anses diagnosen for stillet på dagen for operationen.

Ved planlagt operation skal den forsikrede være accepteret på aktiv venteliste.

Ved dialyse skal varig dialyse være igangsat.

1.8.6 Organtransplantation

Ved organsvigt hos forsikrede dækker forsikringen en planlagt eller faktisk gennemført transplantation af hjerte, lever, lunge, hjerte-lunge, hjerte-lunge-lever, nyre eller bugspytkirtel transplantat.

Diagnosen skal være stillet af en speciallæge på det pågældende område.

Diagnosen anses for stillet på dagen for operationen.

Ved planlagt operation skal den forsikrede være accepteret på venteliste.

Forsikringen dækker tillige en faktisk gennemført transplantation med knoglemarv eller stamceller fra et andet menneske ved andre tilstande end dem, der er nævnt i punkt 1.8.1.2.

Forsikringen omfatter ikke:

- Transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler

1.8.7 Kritisk sygdom i aorta

Bristning eller lokal udvidelse af aorta (D171X) til over 5 cm i diameter, tillukning af aorta eller en aortadissektion med bristning i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen. Dækningen omfatter både den thorakale og abdominale aorta, men ikke disses grene.

Det er en betingelse for dækning ved aneurisme eller dissektion, at diagnosen er stillet ved hjælp af enten:

- MR/CT-scanning
- aortagrafi
- ekkokardiografi eller
- ultralydsundersøgelse af abdomen.

1.8.8 Dissemineret sclerose mv.

1.8.8.1 Multipel sklerose (DG35X)

Kronisk sygdom i centralnervesystemet påvist enten ved en eller flere episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning – eller ved et attack med klart fremadskridende forløb eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS efter McDonald er opfyldt.

Forsikringen dækker tillige neuromyelitis optica (DG360) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis (DH469) samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter.

Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge.

Forsikringen omfatter ikke:

- Tilfælde alene med transversel myelitis (DG373) eller synsnerveudfald
- Diagnosen CIS

1.8.8.2 ALS (DG122G) og ikke-arvelig MND (Motor neuron disease)

Kronisk sygdom karakteriseret ved progressiv degeneration af nervesystemets motoriske celler i hjernen, hjernestammen og rygmarven med lammelser, muskelsvind og spasticitet til følge.

Det er en betingelse, at:

- diagnosen er stillet efter El Escorial-kriterierne med LMN og UMN i minimum 3 regioner samt fremadskridende symptomer og abnorme fund ved elektromyografi i normal muskulatur
- diagnosen er stillet af en neurologisk speciallæge, inden den forsikrede fylder 60 år

Forsikringen omfatter ikke:

- Arvelig MND (DG121) og SMA (DG129)

1.8.8.3 Primær Parkinsons sygdom (DG20, DG209, DG209A)

Kronisk sygdom, som medfører rysten, vedvarende øget muskelstivhed samt nedsættelse af spontane bevægelser. Det er en betingelse, at:

- Forsikrede har sygdommens hovedsymptomer tremor, rigiditet og oligokinesi
- diagnosen er stillet af en neurologisk speciallæge, inden den forsikrede fylder 60 år

Forsikringen omfatter ikke: (DG21X, DG22, DG229)

- Sekundær Parkinson
- Atypisk Parkinson
- Parkinson-symptomer ved Lewy Body Demens
- Parkinson-symptomer ved psykofarmaka, infektioner, blodprop o. lign.

1.8.8.4 Myasthenia gravis (DG700)

Forsikringen dækker autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved medfører kraftnedsættelse og hurtig udtrætning. Det er en betingelse, at:

- diagnosen er verificeret ved minimum 2 ud af følgende undersøgelser:
 - Positiv respons på relevant medicinsk behandling
 - forekomst af acetylcholinreceptorantistoffer i blodet
 - defekt neuromuskulær transmission påvist via EMG

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge eller på en neurologisk afdeling

1.8.8.5 Creutzfeldt-Jacobs sygdom (CJD og vCJD) (DA810, DA819A)

Forsikringen dækker progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.

Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og skal af lægerne være vurderet som overvejende sandsynlig ud fra:

- Typiske kliniske symptomer, med fremadskridende demens, påvirket taleevne, stivhed mv.
- Forandringer på EEG, MR/CT scanning samt
- Laboratorieundersøgelser af spinalvæske (stærkt forhøjet total-tau protein uden ændringer af Alzheimer-markører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.).

1.8.8.6 Muskelsvind (DG710)

Forsikringen dækker muskellidelse - enten af Limb-girdle typen, Facio-skapulo-humeral typen, Duchennes, Beckers, Okulopharyngealmuskeldystrofi, Dystrofia myotonica eller Charcot-Marie-Tooths sygdom - som medfører et vedvarende, fremadskridende tab af muskelmasse.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling

1.8.9 Aids og HIV

1.8.9.1 HIV-infektion

Forsikringen dækker infektion med HIV-virus sket efter forsikringstidens begyndelse, som enten skyldes en arbejdsbetinget smitteudsættelse eller en blodtransfusion eller anden medicinsk behandling, hvor den forsikrede har ret til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen. Det er en betingelse, at:

- episoden er anmeldt som arbejdsskade
- en negativ HIV-test inden for den 1. uge efter smitteudsættelsen
- en positiv HIV-test inden for de næste 365 dage

1.8.9.2 AIDS (DB249)

Immundefektsyndrom grundet infektion med HIV-virus. Dækning forudsætter, at:

- det kan dokumenteres, at forsikrede er smittet efter forsikringstidens begyndelse
- diagnosen er stillet på en infektionsmedicinsk afdeling efter Sundhedsstyrelsens kriterier for AIDS

Hvis den forsikrede allerede var HIV-positiv, da den forsikrede blev omfattet af forsikringen, dækkes AIDS i udbrud kun, hvis denne diagnose er stillet mere end fem år efter, den forsikrede blev omfattet af forsikringen.

1.8.10 Blindhed (DH540)

Permanent synstab på begge øjne. Synsstyrken på bedste øje må være højst 0,01666 eller mindre. Alternativt har den forsikrede pådraget sig kikkertsyn med indskrænkning i synsfeltet til mindre end 10%.

Diagnosen skal være stillet af en øjenlæge

1.8.11 Døvhed

Permanent og irreversibelt høretab på begge ører. Det er en betingelse, at høretærsklen mindst er på 100 dB.

Det er en betingelse for dækning, at diagnosen stilles af en ørelæge

1.8.12 Større forbrændinger, forfrysninger og ætsninger (DT2X, DT3X)

Tredjegradsforbrændinger (DT303), -forfrysninger eller -ætsninger (DT307), der dækker minimum 20% af kroppen (DT312-319).

Diagnosen skal bekræftes af journaler fra brandsårsafdeling.

1.8.13 Hjernehindebetændelse mv.

1.8.13.1 Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse (DG09, DF071, DG213, DB941)

Infektion i hjerne, hjernehinder eller hjernenerverødder grundet bakterier, vira, svampe o. lign., (DA87, DG0X) hvorved den forsikrede har pådraget sig permanente neurologiske skader på minimum 15% mén efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Det er en betingelse, at:

- diagnosen er stillet på en neurologisk eller medicinsk afdeling, hvor der kan verificeres mikrober i spinalvæsken, alternativt at en rygmarvsvæskeundersøgelse kan påvise tydelig inflammatorisk reaktion med forhøjet antal hvide blodlegemer
- en neurokirurgisk speciallæge har vurderet følgetilstanden som stabil, dog dækkes der tidligst 3 måneder efter diagnosticering

For de følgende tre sygdomme gælder særligt, at:

- Hjernebetændelse grundet malaria (DB500A) skal være verificeret gennem parasitter i blodet (DG052)
- Tick-Borne-Encephalitis skal være verificeret gennem virusantistoffer i serum og spinalvæske (DG052)
- Japansk Encephalitis (DA830) skal være verificeret gennem japansk encefalit-virus i blod og spinalvæske (DG052)

1.8.13.2 Borrelia-infektion efter flåtbid

Neuroborreliose grundet flåtbid – enten kronisk eller af mindst 6 måneders varighed - hvorved den forsikrede har pådraget sig neurologiske skader på minimum 15% mén efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Det er en betingelse, at:

- diagnosen er stillet ud fra undersøgelser af spinalvæske eller af borrelia-specifikke anti-stoffer eller via en MR-/CT- scanning og skal bekræftes af en neurologisk speciallæge
- en neurokirurgisk speciallæge har vurderet følgetilstanden som stabil, dog dækkes der tidligst 3 måneder efter diagnosticering